

Comité multidisciplinar de Sarcomas Óseos

Dra. Berta Vilar Anglada

Residente de 4º año Oncología médica

***Hospital Universitario Duran i Reynals,
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)***



**Universidad
Europea** MADRID



Máster en Tumores Musculoesqueléticos

Mujer de 45 años

- Sin alergias conocidas
- No hábitos tóxicos
- Quiste mandibular a los 12 años
- No otros AP de interés
- No tto habitual

Mujer de 45 años

- Sin alergias conocidas
- No hábitos tóxicos
- Quiste mandibular a los 12 años
- No otros AP de interés
- No tto habitual



Abril 2019: consulta a urgencias por dolor mandibular

OD: quiste mandibular

- Se desbrida pieza 35-36, salida de material hemático
- 2 reconsultas en urgencias por tumoración de rápido crecimiento

Mujer de 45 años

- Sin alergias conocidas
- No hábitos tóxicos
- Quiste mandibular a los 12 años
- No otros AP de interés
- No tto habitual



Abril 2019: consulta a urgencias por dolor mandibular

OD: quiste mandibular

- Se desbrida pieza 35-36, salida de material hemático
 - 2 reconsultas en urgencias por tumoración de rápido crecimiento
-
- **TC cuello:** voluminosa lesión tumoral en tercer cuadrante hueso mandibular, aspecto altamente agresivo. Tumor primario vs M1.

Mujer de 45 años

- Sin alergias conocidas
- No hábitos tóxicos
- Quiste mandibular a los 12 años
- No otros AP de interés
- No tto habitual



Abril 2019: consulta a urgencias por dolor mandibular

OD: quiste mandibular

- Se desbrida pieza 35-36, salida de material hemático
 - 2 reconsultas en urgencias por tumoración de rápido crecimiento
-
- **TC cuello:** voluminosa lesión tumoral en tercer cuadrante hueso mandibular, aspecto altamente agresivo. Tumor primario vs M1.

Mujer de 45 años

- Sin alergias conocidas
- No hábitos tóxicos
- Quiste mandibular a los 12 años
- No otros AP de interés
- No tto habitual



Abril 2019: consulta a urgencias por dolor mandibular

OD: quiste mandibular

- Se desbrida pieza 35-36, salida de material hemático
 - 2 reconsultas en urgencias por tumoración de rápido crecimiento
-
- **TC cuello:** voluminosa lesión tumoral en tercer cuadrante hueso mandibular, aspecto altamente agresivo. Tumor primario vs M1.
 - **Biopsia:** material osteoide compatible con sarcoma de alto grado, probable osteosarcoma.

Mujer de 45 años

- Sin alergias conocidas
- No hábitos tóxicos
- Quiste mandibular a los 12 años
- No otros AP de interés
- No tto habitual



DIAGNÒSTIC

Mandíbula, biòpsia:

- NEOPLÀSIA MALIGNA COMPATIBLE AMB SARCOMA D'ALT GRAU. (VEURE COMENTARI).

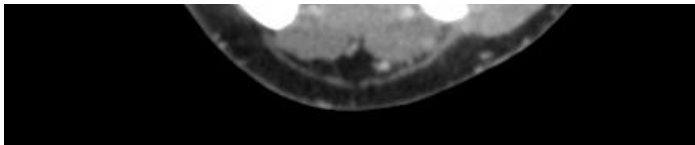
- Realitzat control de qualitat del diagnòstic -

COMENTARI I NOTES

Microscòpicament s'observa un fragment de teixit infiltrat difusament per una proliferació sòlida, d'aspecte epitelioid, constituïda per cèl·lules grans de citoplasma ampli i nucli atípic. Enmig d'aquesta proliferació s'identifica un material eosinòfil, focalment mineralitzat que suggereix la possibilitat de material osteoide.

La morfologia epitelioid d'aquesta lesió suggeriria, com a primera opció diagnòstica, la possibilitat d'un carcinoma escamós, però l'estudi immunohistoquímic amb citoqueratines per demostrar un origen epitelial (CK AE1/AE3, CK5/6, CKBE12, p40 i p63), ha resultat NEGATIU, essent poc plausible el diagnòstic de Carcinoma. L'estudi complementari amb S-100, Melan-A, MUM-1 i CD68 per a descartar melanoma i neoplàsia de cèl·lules plasmàtiques, és negatiu.

La presència de material osteoide, la localització de la lesió i el contexte radiològic suggereixen que es tracta d'un sarcoma d'alt grau, més compatible amb un osteosarcoma.



Abril 2019: consulta a urgències per dolor mandibular

OD: quiste mandibular

- Se desbrida peça 35-36, salida de material hemàtico
- 2 reconsultas en urgències per tumoració de ràpid creixement
- **TC cuello:** voluminosa lesió tumoral en tercer quadrante hueso mandibular, aspecto altamente agresivo. Tumor primario vs M1.
- **Biopsia:** material osteoide compatible con sarcoma de alto grado, probable osteosarcoma.
- **PET/TC:** voluminoso proceso expansivo/infiltrativo (67x58x56mm) con elevada actividad metabólica a nivel de hueso mandibular. Condiciona: destrucción cortical, invasión del canal del nervio dentario inferior, componente de partes blandas, afecta hemilengua izquierda e infiltración musculatura suelo de boca, ocupa espacio sublingual y submandibular desplazando posteriormente la glándula sin signos de infiltración.

Mujer de 45 años

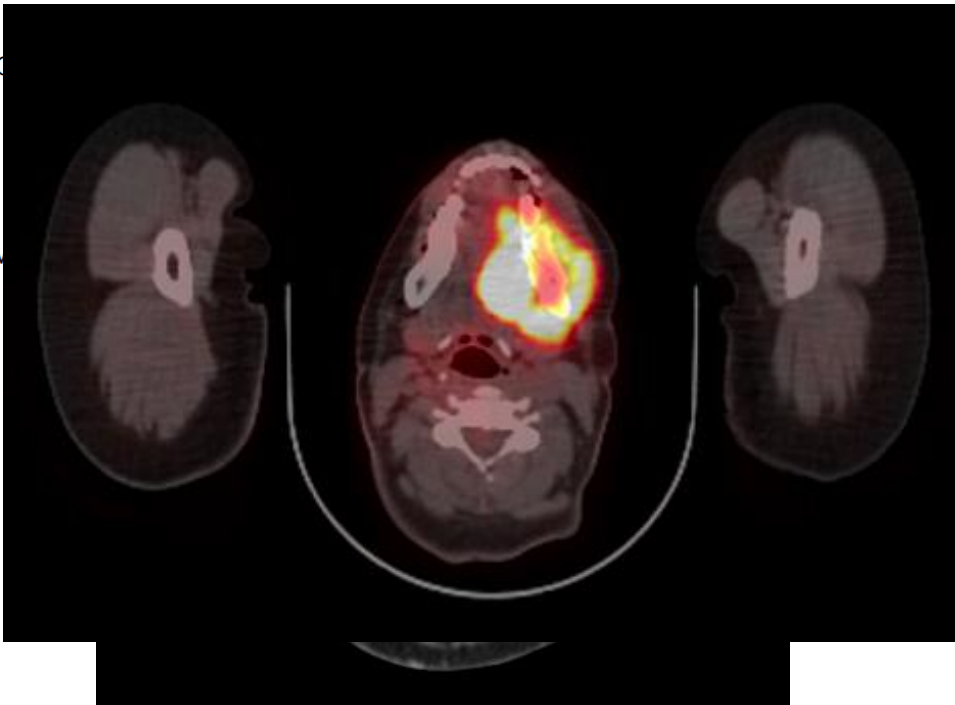
- Sin alergias conocidas
- No hábitos tóxicos
- Quiste mandibular a los 12 años
- No otros AP de interés
- No tto habitual



Abril 2019: consulta a urgencias por dolor mandibular

OD: quiste mandibular

- Se desbrida pieza 35-36, salida de material hemático
- 2 reconsultas en urgencias por tumoración de rápido crecimiento
- **TC cuello:** voluminosa lesión tumoral en tercer cuadrante hueso mandibular, aspecto altamente agresivo. Tumor primario vs M1.
- **Biopsia:** material osteoide compatible con sarcoma de alto grado, probable osteosarcoma.
- **PET/TC:** voluminoso proceso expansivo/infiltrativo (67x58x56mm) con elevada actividad metabólica a nivel de hueso mandibular. Condiciona: destrucción cortical, invasión del canal del nervio dentario inferior, componente de partes blandas, afecta hemilengua izquierda e infiltración musculatura suelo de boca, ocupa espacio sublingual y submandibular desplazando posteriormente la glándula sin signos de infiltración.
- **Analítica:** FA 3,13 UI/L, resto sin alteraciones



DIAC

COM

1ª visita ONC médica, UFTOS: S/

- Regular control dolor → se inicia parche FNT 12mcg/h + coanalgesia
- Trismus y dificultad para ingesta de sólidos → val nutrición
- EF/** gran tumoración exofítica dura y friable.



Comité unidad funcional tumores óseos (UFTOS)

OSTEOSARCOMA MANDIBULAR IRRESECABLE POR EXTENSIÓN LOCORREGIONAL
Estudio extensión negativo por PET/TC → no necesidad de GGO

Candidata a tto con QT de inducción y posteriormente valorar resección local.

QT NEOADYUVANTE

Esquema → **CDDP-Doxo (sin HD MTX por edad)**

- Val cardio-onco. FEVI 65%

Drug	Dose	Treatment weeks
Cisplatin	120 mg/m ² (60 mg/m ² /day × 2 days) Alternatively: 100 mg/m ² × 1 day	Preop: weeks 1 and 6 Surgery: week 11 Postop: weeks 12 and 17
Doxorubicin	75 mg/m ² Original protocol: 37.5 mg/m ² /day × 2 days in continuous infusion Alternatively: 25 mg/m ² /day × 3 days in bolus form	Preop: weeks 1 and 6 Surgery: week 11 Postop: weeks 12, 17, 22 and 26
Methotrexate	12 g/m ² (up to a maximum of 20 g/cycle in 4 h × 1 day)	Preop: weeks 4, 5, 9 and 10 Surgery: week 11 Postop: weeks 15, 16, 20, 21, 24, 25, 28 and 29

QT NA

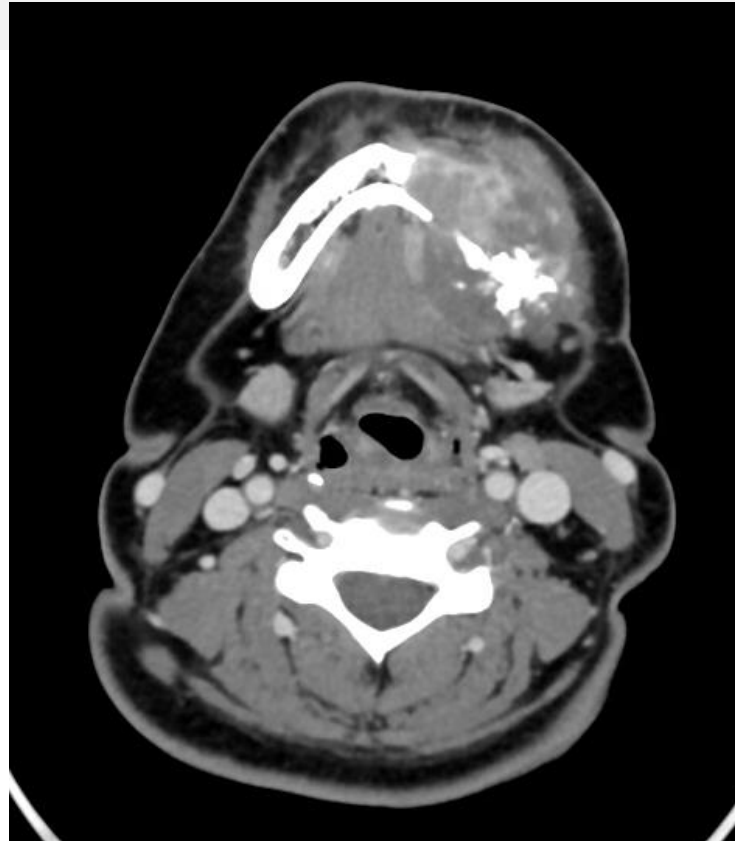
CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor

- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.

- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens

- Completa hasta C6



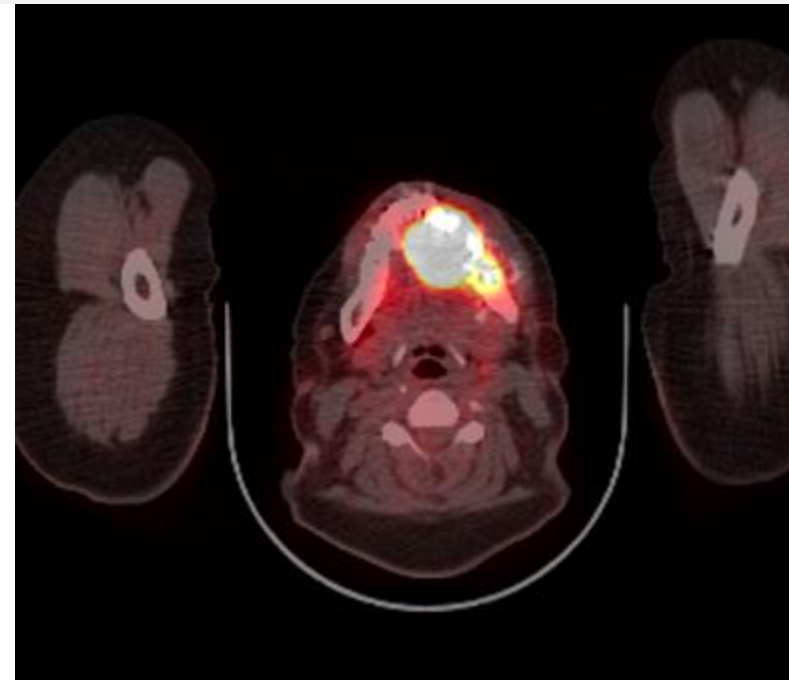
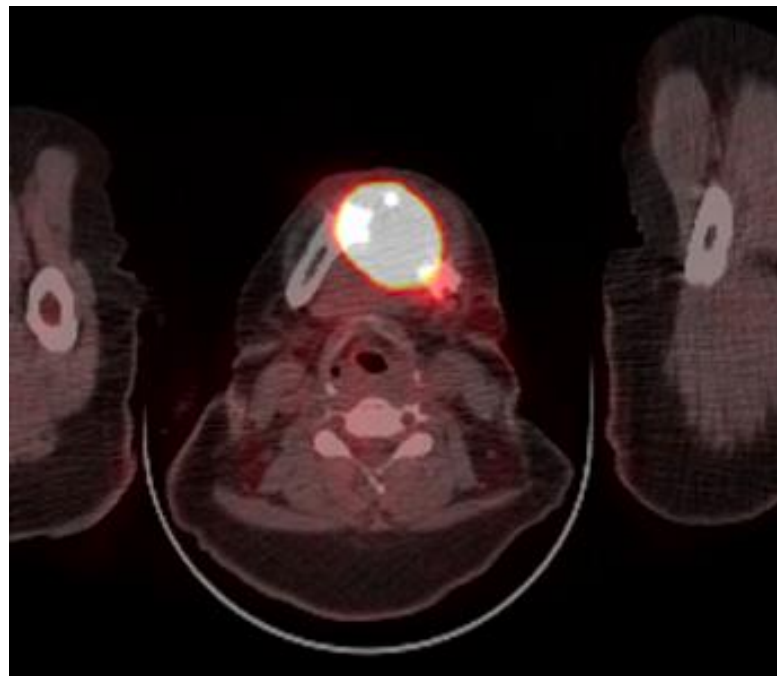
QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M1



QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M1

Comité
UFTOS

Se desestima IQ por rápido crecimiento de la lesión
Candidata a **RT-QT con HD Ifosfamida 10mg/m² + GCSF**

● QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

● PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M1

● Comité
UFTOS

Se desestima IQ por rápido crecimiento de la lesión
Candidata a **RT-QT con HD Ifosfamida 10mg/m² + GCSF**

● RT-QT

RT: PTV1 lesión + margen 1cm, dosis total 66Gy
QT: completa 3 ciclos (C3 reducción dosis a 9mg/m² por toxicidad (mucositis G3))

● TC
(feb 2020)

Respuesta parcial

● QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

● PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M

● Comité
UFTOS

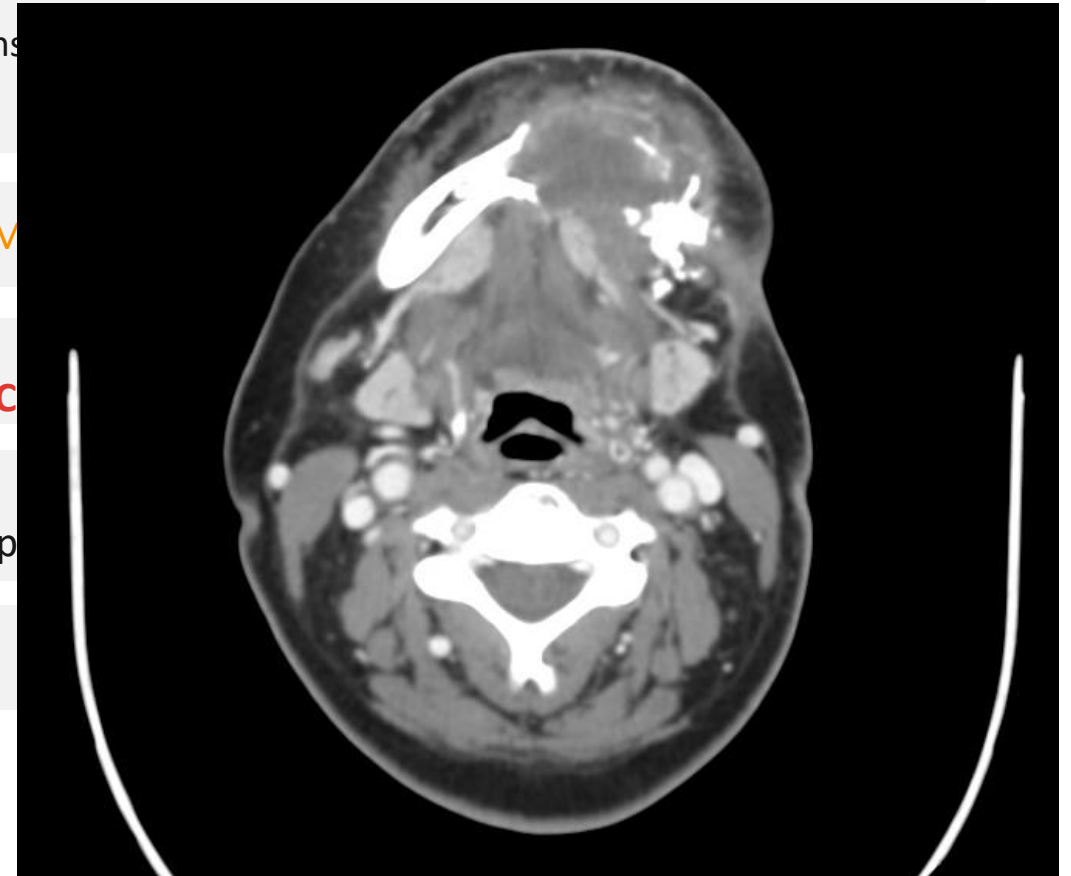
Se desestima IQ por rápido crecimiento de la lesión
Candidata a **RT-QT con HD Ifosfamida 10mg/m² + GC**

● RT-QT

RT: PTV1 lesión + margen 1cm, dosis total 66Gy
QT: completa 3 ciclos (C3 reducción dosis a 9mg/m² p

● TC
(feb 2020)

Respuesta parcial



QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M1

Comité
UFTOS

Se desestima IQ por rápido crecimiento de la lesión
Candidata a **RT-QT con HD Ifosfamida 10mg/m² + GCSF**

RT-QT

RT: PTV1 lesión + margen 1cm, dosis total 66Gy
QT: completa 3 ciclos (C3 reducción dosis a 9mg/m² por toxicidad (mucositis G3))

TC
(feb 2020)

Respuesta parcial

Comité
UFTOS

Candidata a IQ → Abril 2020: **hemimandibulectomía izq ampliada + reconstrucción**
AP: **necrosis del 100%; 0/3 ganglios afectados**

Comité
UFTOS

Respuesta completa, se inician controles

QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M1

Comité
UFTOS

Se desestima IQ por rápido crecimiento de la lesión
Candidata a **RT-QT con HD Ifosfamida 10mg/m² + GCSF**

RT-QT

RT: PTV1 lesión + margen 1cm, dosis total 66Gy
QT: completa 3 ciclos (C3 reducción dosis a 9mg/m² por toxicidad (mucositis G3))

TC
(feb 2020)

Respuesta parcial

Comité
UFTOS

Candidata a IQ → Abril 2020: **hemimandibulectomía izq ampliada + reconstrucción**
AP: **necrosis del 100%; 0/3 ganglios afectados**

QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M

Comité
UFTOS

Se desestima IQ por rápido crecimiento de la lesión
Candidata a **RT-QT con HD Ifosfamida 10mg/m² + GCSF**

RT-QT

RT: PTV1 lesión + margen 1cm, dosis total 66Gy
QT: completa 3 ciclos (C3 reducción dosis a 9mg/m² por

TC
(feb 2020)

Respuesta parcial

Comité
UFTOS

Candidata a IQ → Abril 2020: **hemimandibulectomía izq ampliada + reconstrucción**
AP: **necrosis del 100%; 0/3 ganglios afectados**

A/ Glándula submaxilar dreta, exèresi:

- SIALADENITIS CRÒNICA.

B/ Tumor mandibular esquerre, hemimandibulectomia esquerre:

- NEOPLÀSIA OSTEOLÀSTICA ESCLEROSADA, COMPATIBLE AMB OSTEOSARCOMA AMB MARCATS CANVIS POST-NEOADJUVÀNCIA (osteosarcoma osteoescleròtic)

- NECROSI TUMORAL: 100% (avaluat sobre 5 preparacions corresponents a 3 seccions transversals seriades)

- MARGES DE RESECCIÓ:

+ MARGE MEDIAL: 13 mm

+ MARGE DEL TERRA DE LA BOCA: 14 mm

+ MARGE ANTERIOR > 20 mm

+ MARGE POSTERIOR > 20 mm

- INFILTRACIÓ DE MÚSCUL ESQUELÈTIC.

- ABSÈNCIA D'IMATGES D'INVASIÓ VASCULAR.

- ABSÈNCIA D'INVASIÓ PERINEURAL.

- TRES GANGLIS LIMFÀTICS SENSE EVIDÈNCIA DE METÀSTASI (0/3)

- GLÀNDULA SUBMAXIL.LAR ESQUERRA AMB SIALADENITIS CRÒNICA, SENSE INFILTRACIÓ NEOPLÀSTICA.

QT NA

CDDP 100mg/m² + Doxorubicina 60mg/m² (80%) c/21d + GCSF + fosaprepitant x 6 ciclos

- C1 a C4 sin incidencias → no tox relevante. Respuesta clínica: disminución tamaño, trismus y mejoría dolor
- **TC pre C4: respuesta parcial, aparición calcificaciones** → Comité: dada su extensión no factible IQ. A fin QT NA si no hay reducción adicional se valorará RT.
- Post C4 ingreso por colecistitis por Clostridium perfringens
- Completa hasta C6

PET/TC
(nov 2019)

Progresión de enfermedad a nivel locorregional. No M

Comité
UFTOS

Se desestima IQ por rápido crecimiento de la lesión
Candidata a **RT-QT con HD Ifosfamida 10mg/m² + GCSF**

RT-QT

RT: PTV1 lesión + margen 1cm, dosis total 66Gy
QT: completa 3 ciclos (C3 reducción dosis a 9mg/m² por

TC
(feb 2020)

Respuesta parcial

Comité
UFTOS

Candidata a IQ → Abril 2020: **hemimandibulectomía izq ampliada + reconstrucción**
AP: **necrosis del 100%; 0/3 ganglios afectados**

Comité
UFTOS

Respuesta completa, se inician controles

A/ Glándula submaxilar dreta, exèresi:

- SIALADENITIS CRÒNICA.

B/ Tumor mandibular esquerre, hemimandibulectomia esquerre:

- NEOPLÀSIA OSTEOLÀSTICA ESCLEROSADA, COMPATIBLE AMB OSTEOSARCOMA AMB MARCATS CANVIS POST-NEOADJUVÀNCIA (osteosarcoma osteoescleròtic)

- NECROSI TUMORAL: 100% (avaluat sobre 5 preparacions corresponents a 3 seccions transversals seriades)

- MARGES DE RESECCIÓ:

+ MARGE MEDIAL: 13 mm

+ MARGE DEL TERRA DE LA BOCA: 14 mm

+ MARGE ANTERIOR > 20 mm

+ MARGE POSTERIOR > 20 mm

- INFILTRACIÓ DE MÚSCUL ESQUELÈTIC.

- ABSÈNCIA D'IMATGES D'INVASIÓ VASCULAR.

- ABSÈNCIA D'INVASIÓ PERINEURAL.

- TRES GANGLIS LIMFÀTICS SENSE EVIDÈNCIA DE METÀSTASI (0/3)

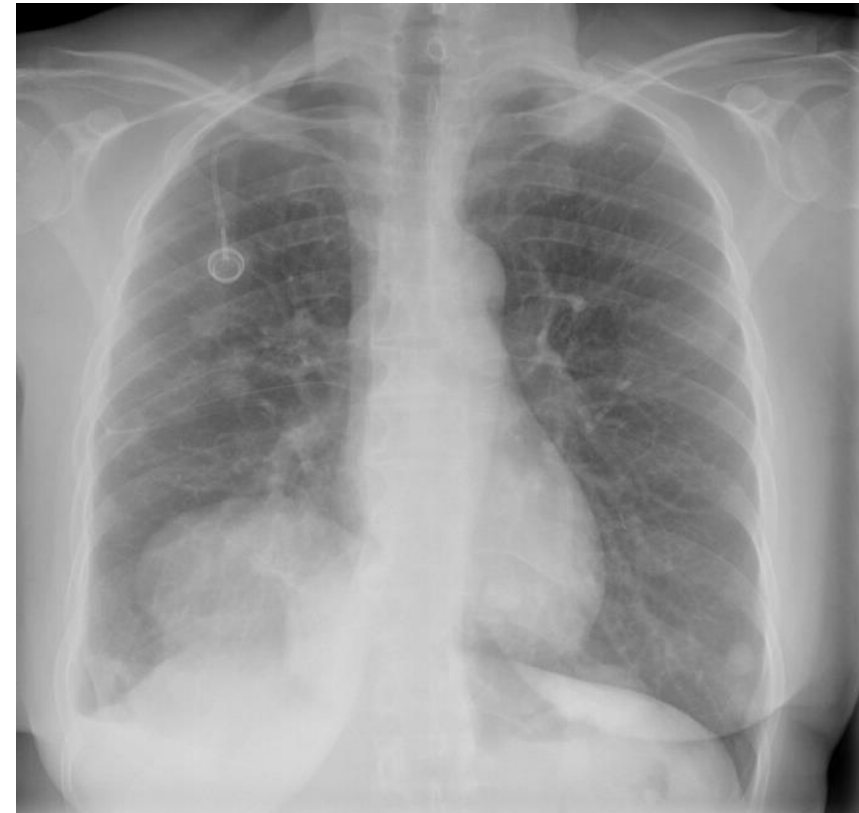
- GLÀNDULA SUBMAXIL.LAR ESQUERRA AMB SIALADENITIS CRÒNICA, SENSE INFILTRACIÓ NEOPLÀSTICA.

● Mayo
2021

Ingreso por neumotórax espontáneo que requiere de colocación de drenaje pleural

● Rx tórax
(dic 2021)

Múltiples nódulos pulmonares compatibles con M1 + pequeño neumotórax apical derecho ya conocido



Mayo
2021

Ingreso por neumotórax espontáneo que requiere de colocación de drenaje pleural

Rx tórax
(dic 2021)

Múltiples nódulos pulmonares compatibles con M1 + pequeño neumotórax apical derecho ya conocido

SOLICITAMOS RE-ESTADIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

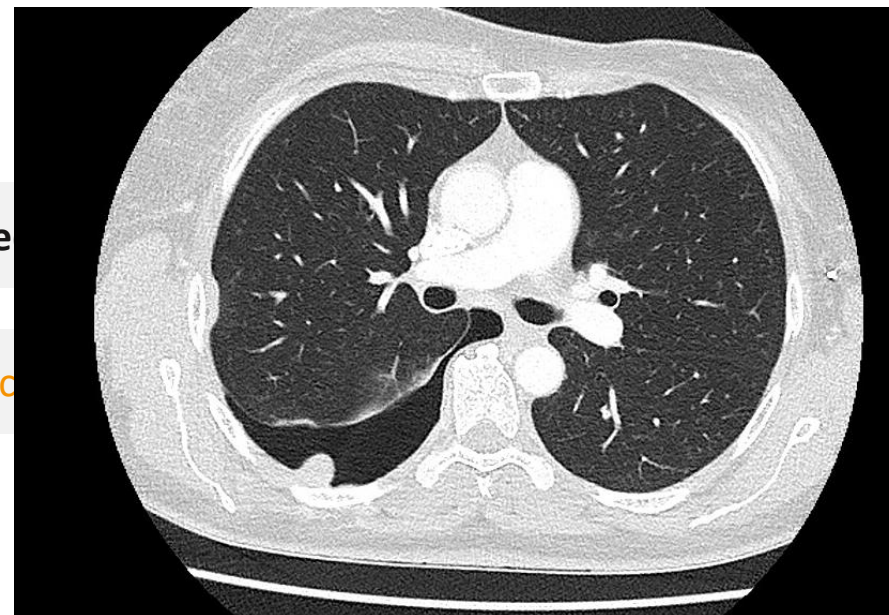
- **TC tórax (dic 2021):** Progresión metastásica con M1 pulmonares múltiples bilaterales
- **RM (dic 2021):** no recidiva locoregional

RECIDIVA METASTÁSICA



neoplasia que re

incompatibles c



conocido

- **TC tórax (dic 2021):** Progresión metastásica con M1 pulmonares múltiples bilaterales
- **RM (dic 2021):** no recidiva locoregional

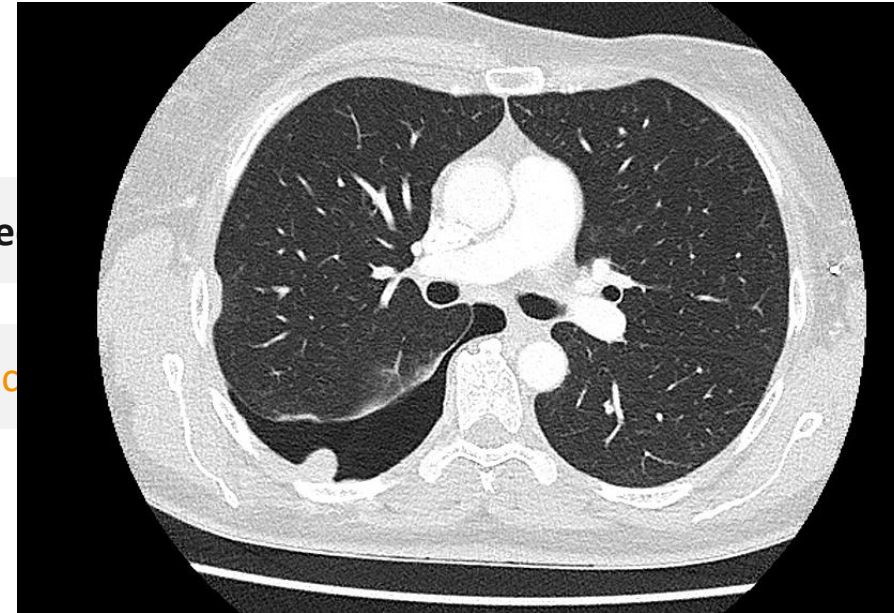


RECIDIVA METASTÁSICA



neoplasia que re

incompatibles con

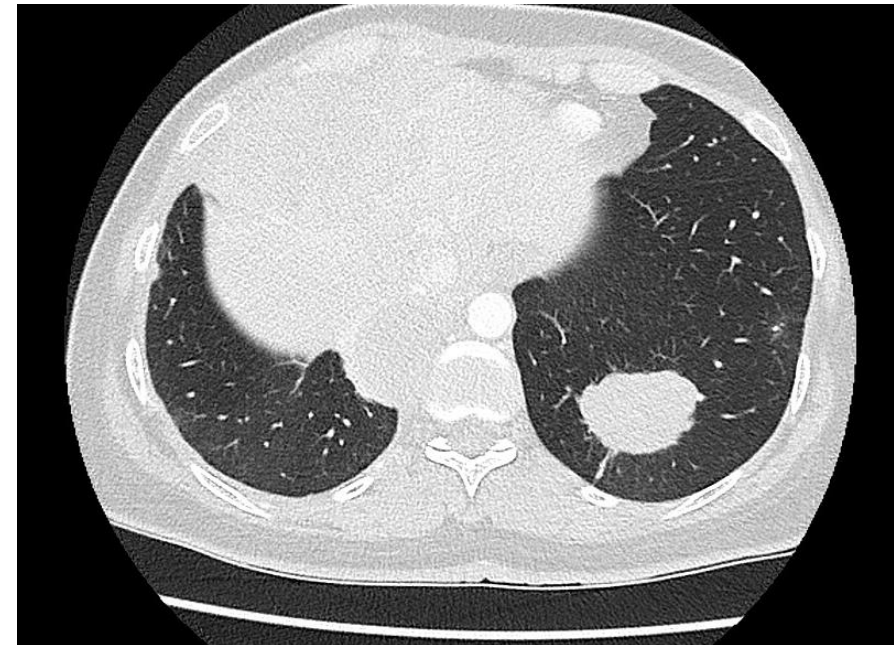


conocido

- **TC tórax (dic 2021):** Progresión metastásica con M1 pulmonares múltiples bilaterales
- **RM (dic 2021):** no recidiva locoregional

Clínicamente: **Que hacemos?**

- ECOG PS 0
- Estado general conservado
- No sd tóxico
- Tos seca



Mayo
2021

Ingreso por neumotórax espontáneo que requiere de colocación de drenaje pleural

Rx tórax
(dic 2021)

Múltiples nódulos pulmonares compatibles con M1 + pequeño neumotórax apical derecho ya conocido

SOLICITAMOS RE-ESTADIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

- **TC tórax (dic 2021):** Progresión metastásica con M1 pulmonares múltiples bilaterales
- **RM (dic 2021):** no recidiva locoregional



Inicia 1L de tratamiento sistémico enfermedad diseminada con Gem-Doce, según esquema:

Gemcitabina 900mg/m² D1,8 + Docetaxel 100mg/m² D8 cada 21d + GCSF , a completar 6 ciclos

C1D1 27/12/21, completa 6 ciclos a dosis 100%

TC VR post C3 (feb 2022): RP

TC VR 1 mes post C6 (fin tto): mantiene RP

Iniciamos controles

Clínicamente: **Que hacemos?**

- ECOG PS 0
- Estado general conservado
- No sd tóxico
- Tos seca

TC Torax
(agosto 22)

PD pulmonar con marcado crecimiento de las lesiones mediastínicas, parenquimatosas y subpleurales

Clínicamente: ECOG PS 1, BEG

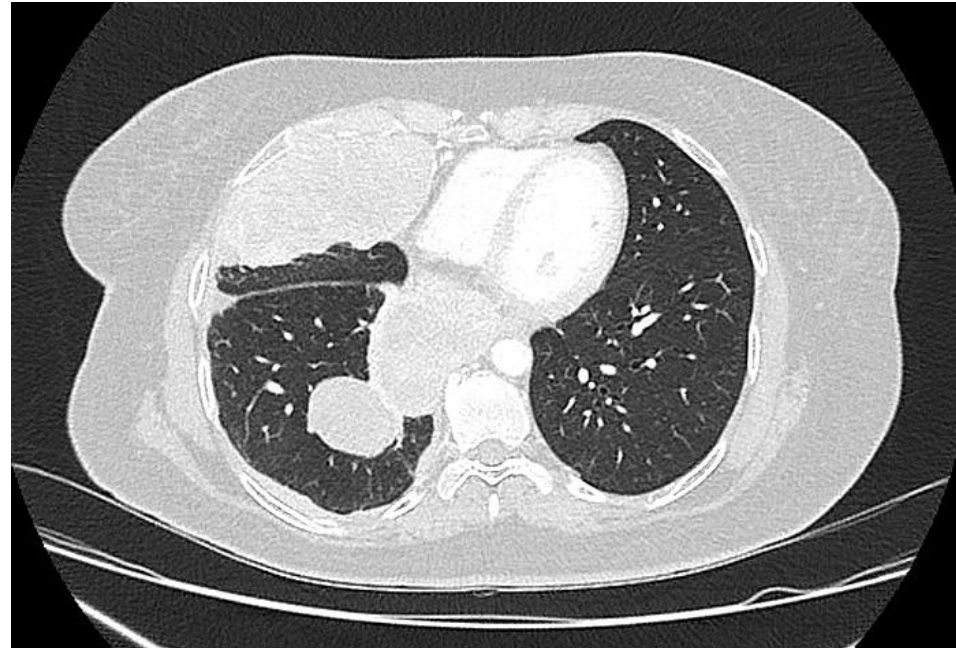
-Astenia G1

-Tos seca estable, disnea esfuerzo muy ocasional

-Dolor costal izq de nueva aparición (no requiere tto)

Analíticamente: anemia G1

Que hacemos?



● *TC Torax
(agosto 22)*

PD pulmonar con marcado crecimiento de las lesiones mediastínicas, parenquimatosas y subpleurales

Clínicamente: ECOG PS 1, BEG

-Astenia G1

-Tos seca estable, disnea esfuerzo muy ocasional

-Dolor costal izq de nueva aparición (no requiere tto)

Analíticamente: anemia G1

Que hacemos?

● *Sept 2022*

Iniciamos 2L tto con TKI uso compasivo → REGORAFENIB 160mg/24h x 21d c/28d

● *15 días tras inicio Regorafenib →*

Ingresas por insuficiencia respiratoria y anemización de 4 puntos en contexto de **sobreinfección respiratoria + sangrado intratumoral** (no sangrado activo)

Alta a domicilio tras 2 semanas de ingreso, a completar 4 semanas antibiótico (P/T en régimen HAD) + Oxigenoterapia domiciliaria.

● **TC Torax**
(agosto 22)

PD pulmonar con marcado crecimiento de las lesiones mediastínicas, parenquimatosas y subpleurales

Clínicamente: ECOG PS 1, BEG
-Astenia G1
-Tos seca estable, disnea esfuerzo muy ocasional
-Dolor costal izq de nueva aparición (no requiere tto)
Analíticamente: anemia G1

Que hacemos?

● **Sept 2022**

Iniciamos 2L tto con TKI uso compasivo → REGORAFENIB 160mg/24h x 21d c/28d

● **15 días tras inicio Regorafenib** →

Ingresa por insuficiencia respiratoria y anemización de 4 puntos en contexto de **sobreinfección respiratoria + sangrado intratumoral** (no sangrado activo)
Alta a domicilio tras 2 semanas de ingreso, a completar 4 semanas antibiótico (P/T en régimen HAD) + Oxigenoterapia domiciliaria.

STOP Regorafenib
Control con TC a fin ATB

● TC Torax
(agosto 22)

PD pulmonar con marcado crecimiento de las lesiones mediastínicas, parenquimatosas y subpleurales

Clínicamente: ECOG PS 1, BEG
-Astenia G1
-Tos seca estable, disnea esfuerzo muy ocasional
-Dolor costal izq de nueva aparición (no requiere tto)
Analíticamente: anemia G1

Que hacemos?

● Sept 2022

Iniciamos 2L tto con TKI uso compasivo → REGORAFENIB 160mg/24h x 21d c/28d

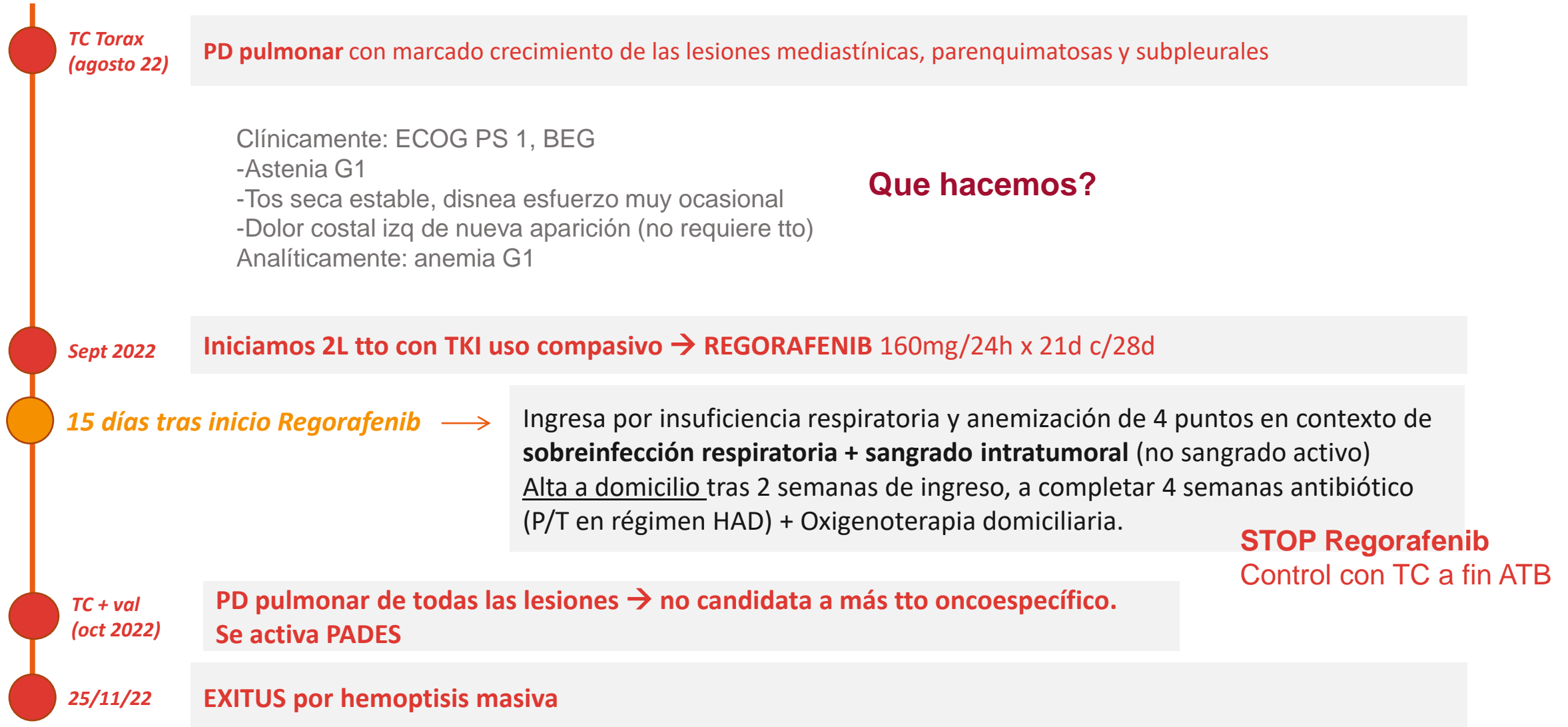
● 15 días tras inicio Regorafenib →

Ingresa por insuficiencia respiratoria y anemización de 4 puntos en contexto de **sobreinfección respiratoria + sangrado intratumoral** (no sangrado activo)
Alta a domicilio tras 2 semanas de ingreso, a completar 4 semanas antibiótico (P/T en régimen HAD) + Oxigenoterapia domiciliaria.

STOP Regorafenib
Control con TC a fin ATB

● TC + val
(oct 2022)

PD pulmonar de todas las lesiones → no candidata a más tto oncoespecífico.
Se activa PADES



Muchas gracias!



DIAGNÒSTIC

Mandíbula, biòpsia:

- NEOPLÀSIA MALIGNA COMPATIBLE AMB SARCOMA D'ALT GRAU. (VEURE COMENTARI).

- Realitzat control de qualitat del diagnòstic -

COMENTARI I NOTES

Microscòpicament s'observa un fragment de teixit infiltrat difusament per una proliferació sòlida, d'aspecte epitelioid, constituïda per cèl·lules grans de citoplasma ampli i nucli atípic. Enmig d'aquesta proliferació s'identifica un material eosinòfil, focalment mineralitzat que suggereix la possibilitat de material osteoide.

La morfologia epitelioid d'aquesta lesió suggeria, com a primera opció diagnòstica, la possibilitat d'un carcinoma escamós, però l'estudi immunohistoquímic amb citoqueratines per demostrar un origen epitelial (CK AE1/AE3, CK5/6, CKBE12, p40 i p63), ha resultat NEGATIU, essent poc plausible el diagnòstic de Carcinoma. L'estudi complementari amb S-100, Melan-A, MUM-1 i CD68 per a descartar melanoma i neoplàsia de cèl·lules plasmàtiques, és negatiu.

La presència de material osteoide, la localització de la lesió i el contexte radiològic suggereixen que es tracti d'un sarcoma d'alt grau, més compatible amb un osteosarcoma.